

## SOMMAIRE

## 771

Examen vulvaire  
Candidoses  
vulvo-vaginales

## 772

Psoriasis vulvaire

## 773

Lichen scléreux  
vulvaire : suivi  
à vie !

## 774

Lésions  
HPV-induites

## 775

Mélanome, nævus  
ou simple tache ?  
Brûlures vulvaires  
et examen normal

Par **Clarence  
de Belilovsky**  
Institut Alfred Fournier,  
75014 Paris.  
cdebelilovsky@  
institutfournier.org

# PATHOLOGIES VULVAIRES

## Connaître les plus fréquentes et celles susceptibles de dégénérer.

**L**es principales causes de prurit diffus sont les candidoses chez la femme jeune et le lichen scléreux à un âge plus avancé. Peuvent également être incriminés : psoriasis, lichénification, lichen plan, dermites de contact, dermatite atopique. Un prurit localisé peut faire rechercher un herpès s'il est intermittent, une lésion HPV-induite s'il est chronique. Candidose, psoriasis, lichen scléreux sont les affections vulvaires les plus fréquentes. D'autres sont à connaître en raison de leur potentiel préneoplasique : lésion à risque sur lichen scléreux, lésion induite par un HPV oncogène, pigmentation localisée faisant suspecter un mélanome.

### EXAMEN VULVAIRE

L'examen clinique vulvaire comporte toujours celui du pubis, des grandes lèvres, des petites lèvres, du vestibule, du périnée et de la région péri-anale. L'anatomie vulvaire varie beaucoup d'une femme à l'autre avec par exemple une grande diversité de la taille des petites lèvres qui sont parfois asymétriques.

Les lésions peuvent être rouges, blanches et/ou pigmentées, surmontées d'érosions (superficielles) ou d'ulcérations (profondes). Il peut s'agir de simples taches (macules) ou de papules indurées à la palpation et/ou surélevées.

#### Questions incontournables :

- est-ce vraiment un prurit ? une envie de se gratter ? ou plutôt des sensations de brûlure ?
- est-il aigu ou chronique ?
- cela évolue-t-il par poussées ?
- qu'est-ce qui influence l'évolution du prurit ?
- quelle est la couleur des lésions ? la topographie exacte ? y a-t-il d'autres localisations ?
- est-ce contagieux ?
- la patiente a-t-elle des antécédents (candidose, HPV, dermatoses...).

L'orientation diagnostique en fonction de la couleur des lésions est simple et pratique (fig. 1).

### CANDIDOSES VULVO-VAGINALES

Elles sont, de loin, la cause la plus fréquente de prurit vulvaire ; 75 % des femmes font au moins un épisode de mycose génitale au cours de leur vie.

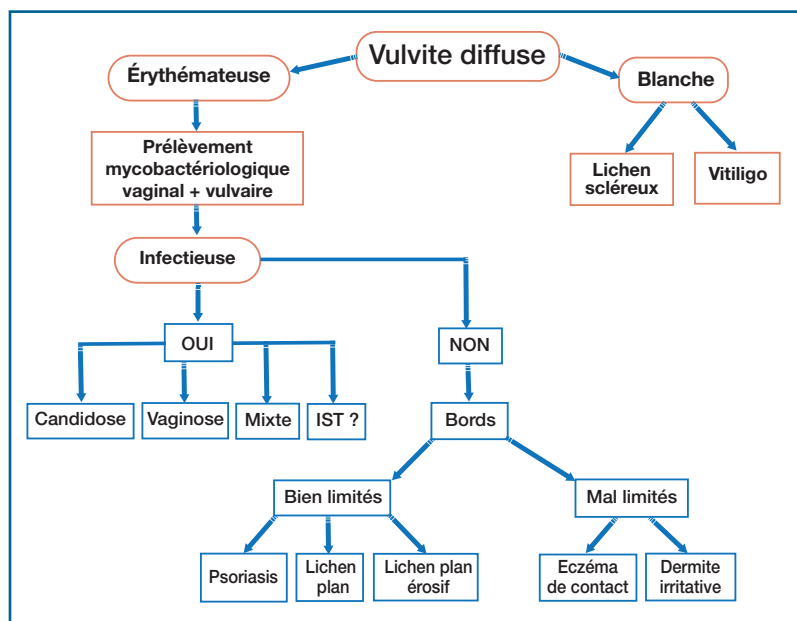


Fig. 1 – Vulvites : démarche diagnostique.



Fig. 2 – Candidose récidivante.

Parmi elles, 10 à 20 % feront des récurrences fréquentes (plus de 4 par an). À l'interrogatoire, c'est l'association démangeaisons vulvaires et brûlures vaginales qui évoque le plus le diagnostic.

**La forme aiguë se caractérise par :** pertes blanches, œdème vulvaire et petites pustules disséminées sur l'érythème vulvaire. Dans les formes chroniques ou récidivantes (après les règles, les rapports sexuels...), les patientes se plaignent plutôt de brûlures que de prurit, et l'examen retrouve une vulvite rouge et sèche, avec des fissures dans les plis et une extension vers la région postérieure : anus et pli interfessier. Les petites pustules excoriées ne s'observent qu'en périphérie des plaques sous la forme d'une collerette desquamative (fig. 2). Toutes les candidoses peuvent provoquer des douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunie, tableau 2).

Les facteurs favorisants à toujours rechercher sont : la prise d'antibiotique, les douches vaginales, les corticoïdes locaux ou généraux, le diabète, le

stress et parfois les rapports sexuels. En revanche, le port du string ou de protège-slips, une contamination d'origine intestinale, la contraception hormonale ou locale ne sont pas responsables (doute pour le stérilet). De même, il n'existe pas d'effet ping-pong avec le partenaire et son traitement est inutile (sauf si lésions de balanite) pour diminuer la fréquence des récurrences de la femme.

**En cas de candidoses récidivantes**, le prélèvement vaginal et vulvaire est indispensable car dans 10 % des cas, celui de la vulve est le seul positif. À l'examen direct, les pseudofilaments confirment le rôle pathogène de *Candida*. La culture identifie l'espèce responsable : *C. albicans* dans 90 % des cas, suivi de *C. glabrata*.

### Traiter par antifongiques

**Le traitement local doit toujours associer** l'application d'une crème antifongique durant 8-10 jours + 1 ovule vaginal : éconazole (Gyno Pevaryl LP), fenticonazole nitrate (Lomexin), sertaconazole nitrate (Monazol) en application unique le soir au coucher (à répéter éventuellement à J3 ou J7 selon les spécialités). On conseille de se laver avec un savon à pH neutre ou alcalin, de porter des sous-vêtements en coton, et d'éviter les douches vaginales et les tampons hygiéniques pendant le traitement.

Un corticoïde topique ne doit jamais être associé à un antimycosique, même en cas de forme sévère. La patiente n'est pas soulagée beaucoup plus rapidement et surtout cela risque de freiner l'élimination du *Candida* et de chroniciser la candidose.

**Les formes très intenses, récidivantes** ou chroniques répondent très bien au traitement général par fluconazole (Orofluco, Beagyne) : 1 comprimé de 150 mg suffit pour une poussée.<sup>1</sup> Les prises répétées sont les plus efficaces pour les candidoses récidivantes souvent responsables d'une dyspareunie chronique : 1 comprimé par semaine pendant au maximum 6 mois ou en diminuant progressivement les prises (1 fois par semaine pendant 2 mois, puis 1 fois toutes les 2 semaines 2 mois, puis 1 fois par mois 2 mois). La surveillance est clinique et aucun bilan hépatique systématique n'est recommandé.

**C. glabrata est résistant au fluconazole** et aux azolés. Ainsi, il doit être traité par sertaconazole nitrate (Monazol) ou fenticonazole nitrate (Lomexin), ovules + crèmes selon les mêmes modalités qu'une candidose classique. Mais des traitements répétés sont souvent nécessaires.

### PSORIASIS VULVAIRE

L'atteinte vulvaire du psoriasis est sous-estimée (40 % des patients psoriasiques ont une localisation génitale)<sup>2</sup> et les poussées de vulvite érythémateuse prurigineuse qu'elle entraîne

TABLEAU 1 ORIENTATION DIAGNOSTIQUE		
Symptômes	Interrogatoire/examen	Orientation
Prurit	Aigu	Infection (candidose, herpès...)
	Chronique	Lichen, cancer
Brûlures	Examen normal	Vulvodynie
<b>Biopsie</b>		
Systématique (dermatologue de préférence)	Ulcération chronique	Cancer
	Leucoplasie (plaque blanche épaisse localisée)	HPV, lésion à risque sur lichen scléreux, cancer
	Pigmentation isolée (récente ou persistante)	Lentigo, mélanose, naevus
<b>Traitement</b>		
	Ne jamais associer antimycosique et corticoïde	Priorité à la mycose

sont souvent confondues avec des poussées de candidoses (à éliminer). À l'inverse, le psoriasis vulvaire s'accompagne d'une localisation extragénitale dans 65 % des cas.

**L'occlusion modifie l'aspect des plaques**, qui ne sont plus érythémato-squameuses comme sur le reste du corps, mais uniquement rouge vif, brillantes. Leur aspect uniforme, leur symétrie et leur parfaite limitation évoquent le diagnostic (tableau 2). Les atteintes du pubis avec une fissure sus-clitoridienne douloureuse et du pli interfessier avec fissure du fond du pli (fig. 3) sont typiques. La détection de localisations cutanées contribue au diagnostic : coudes et genoux, mais surtout cuir chevelu ou autres plis (sous-mammaires, axillaires...). À l'inverse des candidoses, il n'existe jamais d'atteinte vaginale.

### Quelle conduite à tenir ?

Le diagnostic peut être uniquement clinique, cependant nous recommandons la recherche systématique d'une candidose avant de débiter une corticothérapie locale. Il est fréquent que le prélèvement vulvaire retrouve du staphylocoque doré. Cela témoigne d'un portage et non d'une infection et ne doit pas être traité.

Dans les formes atypiques, la biopsie cutanée vulvaire confirme le diagnostic comme sur le reste de la peau.

**En première intention**, on utilise les corticoïdes locaux en cures courtes (2 à 4 semaines), en privilégiant les molécules puissantes : bétaméthasone valérate (Betneval), bétaméthasone dipropionate (Diprosone), diflucortolone valérate (Nérisone), suivies d'applications intermittentes d'une semaine à chaque poussée ou d'un traitement prolongé si nécessaire (2 x/semaine) de corticoïdes modérés : fluticasone propionate (Flixovate), hydrocortisone acéponate (Efficort), hydrocortisone butyrate (Locoid). L'association corticoïde + vitamine D : bétaméthasone + calcipotriol (Daivobet pommade ou lotion), est spécifique du psoriasis et efficace. Les dérivés de la vitamine D (calcitriol, Silkis) ont une action plus modérée. L'adjonction d'émollients (toutes les crèmes hydratantes neutres ou cicatrisantes, en alternance puis en relais des corticoïdes) est utile afin de limiter l'irritation et d'améliorer la sécheresse cutanée.

## LICHEN SCLÉREUX VULVAIRE : SUIVI À VIE !

Le lichen scléreux (LS) affecte une jeune fille sur 900 et une femme âgée sur 30 et se manifeste le plus souvent après la ménopause (vers 55 ans). C'est la plus fréquente des dermatoses à localisation vulvaire (il touche aussi la petite fille).<sup>3</sup> Classiquement prurigineux, il peut être asymptomatique dans 30 % des cas. Les aspects cliniques sont très variés : seule la blancheur est un élément constant. Dans la forme typique on observe sur les versants internes de la vulve (petites lèvres, espaces interlabiaux, capuchon clitoridien) une coloration blanche, brillante, nacréée et une atrophie variable des reliefs vulvaires (fig. 4). Les fissures sont un motif fréquent de consultation car douloureuses. Le périnée est très souvent atteint (fissures) ainsi que la peau péri-anale.

### Signification des troubles pigmentaires

Une plaque blanche, épaisse, localisée correspond à une leucoplasie et doit toujours être biopsiée d'emblée à la recherche d'une lésion à risque

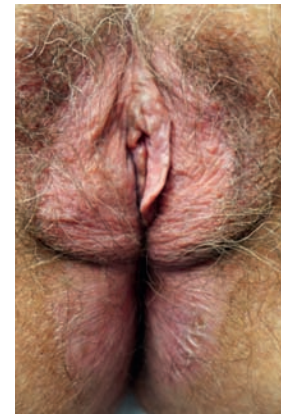


Fig. 3 – Psoriasis.

**TABEAU 2 CRITÈRES DIAGNOSTIQUES CANDIDOSE/PSORIASIS/LICHEN SCLÉREUX**

	Candidose	Psoriasis	Lichen scléreux
Fréquence	75 %	40 % si atteinte cutanée	1/500-1/900
Âge	Jeunes	Tous âges	Ménopause (+ enfants)
<b>Clinique</b>			
Leucorrhées	+	–	–
Couleur	Rougeur interne Et postérieure	Rougeur externe Et antérieure	Blancheur nacréée diffuse Blancheurs localisées épaisses (dVIN) Rougeurs localisées (hémorragies, dVIN) Rougeur diffuse (surinfection) Taches pigmentaires
Œdème	+ candidoses aiguës	–	+ parfois infiltration petites lèvres
Atteinte du vestibule	+++	–	Rare
Atteinte vaginale	+	–	–
Atteinte péri-anale	Peu fréquente, macérée	Fréquente, érythème bien limité centré par une fissure	Fréquente : blancheur péri-anale avec fissures radiales
Reliefs	Normaux	Normaux	Atrophies petites lèvres, clitoris Synéchies petites lèvres, vestibule antérieur et postérieur, capuchon clitoridien
Bordure des lésions	Mal limitée Décollée (pustules périphériques)	Bien limitée	Bien limitée
Atteinte extragénitale	Rare, atteinte d'autres plis	Fréquente (coudes, genoux, cuir chevelu)	Rare, disséminée
<b>Évolution</b>			
Poussées	+, cycle menstruel	+	–
Contagiosité	+	–	–
Facteurs favorisants	Stress, antibiotiques, diabète, corticoïdes	Stress, génétique	Maladies auto-immunes



## 1. Bon usage des dermocorticoïdes

- ✓ **Indispensables** pour les dermatoses inflammatoires (lichen scléreux, psoriasis)
- ✓ **Lutter contre la corticophobie** (pas d'effet général de la corticothérapie locale, pas d'atrophie cutanée si respect des doses)
- ✓ **Toujours éliminer une infection** avant de les appliquer (prélèvement mycobactériologique vaginal et vulvaire)
- ✓ **Une seule application par jour**
- ✓ **Revoir les patientes** tous les mois au départ, puis tous les 6 mois et tous les ans en continu
- ✓ **Surveiller le nombre de tubes utilisés** (1 tube de 10 grammes par mois d'un corticoïde très puissant dans le LS)
- ✓ **Connaître les complications** : surinfection mycosique, dermite aux corticoïdes, vergetures, poussée d'herpès
- ✓ **Montrer à la patiente** comment appliquer la crème en consultation
- ✓ **En cas de résistance penser à** :
  - surinfection (candidose, herpès)
  - mauvaise application de la crème par la patiente
  - résistance de la pathologie ou diagnostic différentiel : adresser à un spécialiste



Fig. 4 – Lichen scléreux.



Fig. 5 – Lésions à risque sur lichen scléreux.

cancéreux appelée néoplasie intra-épithéliale vulvaire différenciée (dVIN, fig. 5). En effet, deux tiers des carcinomes épidermoïdes invasifs se développent sur un LS, et en particulier sur ceux qui ont cet aspect de lésion à risque (mais moins de 5 % des lichens scléreux se « cancérisent »).

**Une rougeur localisée sous-cutanée** lie-de-vin correspond souvent à une hémorragie sous-épithéliale sans gravité. Une plaque rouge vif, chronique doit être biopsiée à la recherche d'une dVIN. Tout LS érythémateux diffus doit faire éliminer une candidose surajoutée. Une rougeur des grandes lèvres et de la région péri-anales est souvent liée à une dermite aux corticoïdes appliqués en trop grande quantité.

Les pigmentations sur LS sont généralement post-inflammatoires et donc sans danger. Cependant, une biopsie est recommandée en cas de doute diagnostique ou d'aspect atypique afin d'éliminer un mélanome. Elles ne disparaissent pas totalement sous traitement.

### Principaux diagnostics différentiels

La seule autre dermatose blanche de la vulve est le vitiligo, simple dépigmentation asymptomatique sans altération de la qualité de la muqueuse ni des reliefs vulvaires. Il ne requiert aucun traitement.

La carence estrogénique post-ménopausique peut provoquer atrophie vulvaire et dépigmentation proches du LS. Parfois, seuls le traitement d'épreuve à base de crèmes hydratantes/estrogéniques et/ou la biopsie peuvent les différencier.

Le lichen plan est beaucoup plus rare. Dans la lichénification, les lésions ne sont pas blanches.

## Traitement à court terme

**Un corticoïde de classe très forte** : clobétasol propionate (Dermoveal, Clarelux) est appliqué tous les jours durant 1 à 3 mois puis 2 à 3 fois par semaine pendant 6 à 12 mois, et souvent plusieurs années. La dose moyenne est d'un tube de 10 grammes par mois lorsque les applications sont quotidiennes (1 petit pois ou une demi-unité phalange au maximum à chaque application en faisant bien pénétrer la crème, encadré 1).

Des corticoïdes de classe forte peuvent être utilisés en relais : bétaméthasone valérate (Betneval), bétaméthasone dipropionate (Diprosone), diflucortolone valérate (Nérison). L'absence d'efficacité est souvent due à un traitement mal appliqué. Cependant, une lésion résistante isolée doit être biopsiée.

## Suivi : nécessairement prolongé

**Les récurrences sont très fréquentes** : 50 % à 16 mois et 84 % à 4 ans. C'est pourquoi un traitement d'entretien est souvent recommandé, à raison de 2 applications par semaine, en continu à vie. Une étude récente a montré une absence de récurrence à 6 mois contre 50 % avec un hydratant seul. Les traitements à la demande n'empêchent pas les récurrences (27 % à 1 an).

Il est difficile pour les patientes d'adhérer à cette thérapeutique à long terme. C'est pourquoi une consultation annuelle est nécessaire pour examen clinique mais surtout « coaching ».

## LÉSIONS HPV-INDUITES

Les infections à HPV vulvaires se divisent classiquement en condylomes acuminés liés à des HPV de bas grade et en VIN classiques (*Vulvar Intra-epithelial Neoplasia*, anciennement maladie de Bowen et papulose bowénoïde) liées à des HPV potentiellement oncogènes. Les carcinomes épidermoïdes vulvaires se développent dans deux tiers des cas sur un lichen scléreux (à partir d'un dVIN) et dans un tiers des cas sur un VIN classique HPV-induit.

Si les lésions verruqueuses orientent vers des condylomes et les placards épais blancs (leucoplasiques), rouges (érythroplasiques) et/ou pigmentés vers des VIN classiques, la réalité est souvent plus complexe et la présentation clinique des VIN classiques est très variable.

**Les lésions peuvent être uniques** (comme dans la maladie de Bowen) ou multiples (exemple : papulose bowénoïde), blanches (fig. 6), érythémateuses et/ou pigmentées. Elles sont bien limitées. À la palpation elles sont toujours un peu surélevées (papules) ce qui les distingue des simples taches (macules). Leur épaisseur est variable, elles sont parfois très kératosiques. Leur taille peut aller de quelques millimètres à l'envahissement de toute une lèvre, voire de tout le périnée.

**Toute lésion ulcérée ou tumorale** doit faire suspecter un carcinome épidermoïde invasif et être biopsiée rapidement. Localisations les plus fréquentes : les grandes lèvres, les petites lèvres et la fourchette postérieure.

**L'inspection vulvaire recherche** une atteinte en région périnéale, péri-anale (et intra-anale si lésions proches de la marge anale). L'examen gynécologique du col utérin est indispensable (les anomalies du col CIN2-3 – néoplasies intra-cervicales – précèdent souvent l'atteinte vulvaire de plusieurs années). Les formes extensives peuvent être confondues avec un psoriasis, un lichen scléreux, un lichen plan ou une maladie de Paget ; les formes pigmentées avec des nævus ou un mélanome.

**Le traitement des VIN classiques repose sur l'imiquimod** (Aldara, hors AMM), le laser et/ou la chirurgie.<sup>4</sup> Appliqué 2 à 3 fois par semaine, l'imiquimod induit une réponse totale sans récurrence dans plus de 50 % des cas en 5-6 mois en moyenne. En cas de réponse partielle, seule l'ablation chirurgicale d'une lésion localisée permet l'analyse histologique de toute la pièce et élimine totalement un carcinome invasif. Pour les VIN, une surveillance prolongée de plusieurs années est nécessaire car les récurrences peuvent atteindre plus de 20 % des patientes.

## MÉLANOME, NÆVUS OU SIMPLE TACHE ?

Les mélanomes vulvaires sont très rares mais souvent diagnostiqués à un stade tardif, ce qui leur confère un mauvais pronostic. En présence de grains de beauté cutanés, l'échelle ABCDE (Asymétrie, Bords, Couleur, Dimension, Extension) aide à distinguer une lésion bénigne d'un mélanome malin. Sur les muqueuses, cette règle n'existe pas : toute pigmentation vulvaire isolée ou irrégulière doit donc être biopsiée.

**Ceci est surtout vrai pour les taches uniques**, d'apparition récente. Si la lésion est petite, une biopsie-exérèse d'emblée est pratiquée si possible. L'histologie peut révéler une simple pigmentation physiologique (mélanose, fig. 7), un grain de beauté (à enlever préventivement, fig. 8), un VIN classique HPV-induit et très rarement un mélanome.

**Devant des pigmentations multiples**, l'examen du reste de la vulve renseigne sur l'existence d'une dermatose sous-jacente ou non. Des taches homogènes multiples sur une vulve normale sont rassurantes (lentigo, mélanose). Elles doivent être surveillées (au mieux à l'aide de photos) mais ne nécessitent aucun examen ni traitement. Si elles sont polymorphes, la plus irrégulière doit être biopsiée.

**Si elles siègent sur une dermatose**, la plus fréquente est le lichen scléreux. Elles ne sont pas dangereuses. Ainsi, en présence d'un LS, il est

possible de débiter d'emblée le traitement dermo-corticoïde et de revoir la patiente après quelques mois. Normalement, la pigmentation doit s'estomper parallèlement à l'amélioration du lichen (mais sans disparaître). Si elle reste très foncée, irrégulière, un avis spécialisé est recommandé.

## BRÛLURES VULVAIRES ET EXAMEN NORMAL

Les vulvodynies sont des douleurs ou sensations de brûlures vulvaires spontanées et/ou provoquées (localisées ou généralisées) le plus souvent lors des rapports sexuels.<sup>5</sup> L'examen clinique est par définition normal. Le terme de vestibulite (douleur vestibulaire provoquée par la pénétration) a été abandonné et remplacé par celui de vestibulodynie provoquée.

**Reconnaître et nommer l'affection** est le premier pas dans la prise en charge thérapeutique, quel que soit le terme employé. Globalement, les douleurs lors des rapports se manifestent chez les jeunes femmes alors que les brûlures spontanées apparaissent après la ménopause.

Les vestibulodynies provoquées sont la cause la plus fréquente de dyspareunie superficielle chez les femmes de moins de 50 ans (après, c'est l'atrophie avec sécheresse vulvo-vaginale post-ménopausique). Dans 20 % des cas, il s'agit d'une dyspareunie primaire (apparue dès le premier rapport sexuel), ce qui représente un facteur de gravité. Il faut distinguer cette douleur à l'entrée du vagin des douleurs profondes lors des rapports, qui ont des causes gynécologiques.

**Deux points très importants à vérifier :**

- la sensation de douleur/brûlure ne persiste pas la nuit, pendant le sommeil (typique des douleurs neurogènes) ;
- le prurit est absent. *A contrario*, un prurit oriente impérativement vers une pathologie infectieuse ou dermatologique.

L'effleurement au doigt ou à l'aide d'un coton-tige permet d'établir une topographie de la douleur (le plus souvent vestibulaire à 3 et 9 heures). Il est important d'expliquer que, si l'examen cutané vulvaire est visuellement normal, il existe néanmoins une douleur au toucher et qu'elle porte un nom : vulvodynie ou vestibulodynie. C'est un syndrome connu, auquel sont volontiers associés d'autres syndromes douloureux (encadré 2).

**Son origine exacte est inconnue** et la douleur résulte d'un cercle vicieux, unique pour chaque patiente. Parfois, la composante neuropathique est au premier plan (sensibilité des nerfs périphériques), amplifiée par un processus de sensibilisation centrale de la douleur. Cela provoque des problèmes psychologiques et sexuels.

Parfois l'origine est psychosexuelle et la douleur est secondaire (rechercher un traumatisme, une agression).



Fig. 6 – VIN (Vulvar Intra-epithelial Neoplasia) classique HPV-induite (HPV oncogène).

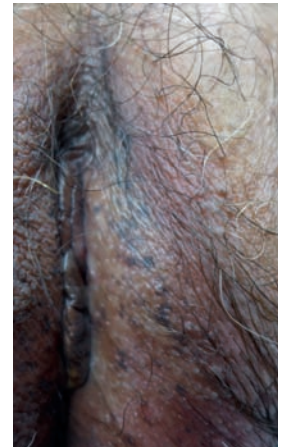


Fig. 7 – Mélanose.



Fig. 8 – Nævus vulvaire.

## L'essentiel

**Il est indispensable de pratiquer un examen complet** de la région génitale pour détecter les lésions élémentaires. Ne pas hésiter à demander des prélèvements répétés et/ou une biopsie en cas de forme atypique ou résistante.

**La candidose est la plus fréquente des vulvites érythémateuses prurigineuses.** La vulvite est au premier plan dans plus de 80 % des candidoses récidivantes ou chroniques.

**La fréquence du psoriasis vulvaire est sous-estimée.** Souvent difficile à différencier d'une candidose, son diag-

nostic nécessite toujours d'avoir éliminé cette infection par un ou plusieurs prélèvements.

**Le lichen scléreux vulvaire est la plus fréquente des dermatoses vulvaires.** Son évolution est chronique et ses enjeux sont fonctionnels (atrophie) et carcinologiques (< 5 % de carcinomes épidermoïdes sur des LS non traités à long terme).

**Les condylomes peuvent être traités par azote liquide ou imiquimod** (Aldara) en 1<sup>re</sup> intention. L'imiquimod est aujourd'hui le traitement de 1<sup>re</sup> intention des VIN (*Vulvar Intraepithelial Neoplasia*)

liés aux HPV oncogènes, suivi d'exérèse chirurgicale localisée ou de laser en cas de persistance.

**Faire la différence entre mélanome, nævus ou simple tache vulvaire** est très difficile car les critères ne sont pas les mêmes sur la vulve et le reste de la peau : toute pigmentation vulvaire doit être examinée en dermatologie (pour éventuelle biopsie) surtout si elle est asymétrique et irrégulière.

**Une vulvodynie est à évoquer** en cas de brûlures vulvaires et d'examen normal. Reconnaître et nommer l'affection est crucial.

### Prise en charge

Elle est nécessairement multidisciplinaire et s'inscrit dans la durée. Un programme thérapeutique est proposé, au sein duquel la patiente choisit ce qu'elle veut : traitement de la douleur, approche physique souvent par kinésithérapie périnéale, abord sexo-psychothérapeutique associé à un suivi régulier par un médecin généraliste, dermatologue ou gynécologue ayant un intérêt pour cette affection.

**Traitements locaux.** L'application d'un gel à 5 % de lidocaïne (xylocaïne gel buvable) plusieurs fois par jour pendant plusieurs semaines permet souvent une reprise des rapports sexuels et une baisse de l'intensité de la douleur.

Des topiques hydratants (toutes les crèmes cicatrisantes sont utilisables) et une estrogénothérapie locale (Colpotrophine, Trophicrème, Physiogine) sont surtout efficaces en cas de sécheresse vulvo-vaginale.

Les lubrifiants sont généralement indispensables à la reprise des rapports sexuels.

**Traitements généraux.** Les antidépresseurs tricycliques sont les plus utilisés à petite dose, et en particulier l'amitriptyline (Laroxyl, 3 à 12 gouttes le soir – 1 goutte = 1 mg – pendant quelques mois).

La kinésithérapie périnéale spécialisée est une des clés du traitement. Elle agit sur la douleur, la tension musculaire locale et générale, et permet dans une grande majorité des cas la reprise des rapports sexuels. Elle consiste en des manœuvres manuelles de désensibilisation de la muqueuse et de rétablissement de la souplesse des muscles du plancher pelvien avec des exercices de contracter-relâcher (à l'aide d'une sonde ou non). La prise en charge psychologique n'est pas toujours indispensable mais devrait néanmoins être proposée le plus souvent possible. Il est utile d'avoir des correspondants psychothérapeutes classiques, analytiques ou des sexologues connaissant bien cette affection. Relaxation, voire hypnose, peuvent également être proposées. ●

### RÉFÉRENCES

1. Sobel JD, Wiesenfeld HC, Martens M, et al. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. *N Engl J Med* 2004;351:876-83.
2. Meeuwis KA, de Hullu JA, Massuger LF, van de Kerkhof PC, van Rossum MM. Genital psoriasis: A systematic literature review on this hidden skin disease. *Acta Derm Venereol* 2011;91:5-11.
3. Neill SM, Lewis FM, Tatnall FM, Cox NH; British Association of Dermatologists. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of lichen sclerosus 2010. *Br J Dermatol* 2010;163:672-82.
4. Plantier F, Moyal-Barracco M. Comprendre les néoplasies intra-épithéliales vulvaires. *Ann Dermatol Venereol* 2009;136:145-51.
5. de Belilovsky C. Point 2013 sur les vulvodynies. *Gynecol Obst Fertil* 2013;41:505-10.

## 2. Aide au diagnostic de vulvodynie

### Pathologies/douleurs associées

Migraine, lombalgie, cervicalgie chronique, colopathie fonctionnelle, douleurs temporo-mandibulaires (bruxisme), fibromyalgie, cystite interstitielle, insomnie, douleur à l'insertion des tampons

### Quelques circonstances déclenchantes classiques

Premiers rapports, candidoses à répétition, séparation (stages, voyages, rupture...), accouchement, deuil (post-ménopause), trouble sexuel du partenaire

Clarence de Belilovsky déclare avoir des liens durables ou permanents avec le laboratoire Expanscience ; participer ou avoir participé à des interventions ponctuelles pour Meda, Ferrer, Teva, IPRAD, Deumavan, et avoir été prise en charge lors de congrès par Expanscience.